ENa-CAARUD
Enquête Nationale Usagers des CAARUD [2015]

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

[☐ = Une seule réponse possible / ❍ = plusieurs réponses possibles]

Nom du CAARUD : Date de l'entretien : I__II__I 09 / 15 Département I__II__II__I

Questionnaire rempli par : 1 ☐ Accueil fixe 2 ☐ Unité mobile 3 ☐ Équipe de rue, squat 4 ☐ Prison

Vous et vos conditions de vie

1. Vous êtes ?
1 ☐ Un homme
2 ☐ Une femme

2. Quelle est votre année de naissance ?
19 I__I I__I

3. Avec qui vivez-vous (sans tenir compte des enfants) **?**
1 ☐ Seul(e)
2 ☐ En couple
3 ☐ Avec un/des membre(s) de votre famille (ex : parents)
4 ☐ Avec un/des ami(s)
5 ☐ Avec d'autres personnes

4. Vivez-vous avec un/des enfants (les vôtres, de votre partenaire) **?** 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

5. Où vivez-vous actuellement ?
1 ☐ Dans votre logement
2 ☐ Chez des proches (famille/amis)
3 ☐ En institution
4 ☐ En camion, caravane
5 ☐ En squat
6 ☐ Dans une chambre d'hôtel
7 ☐ Sans abri (à la rue, logement de fortune)
8 ☐ Autre : _____

a. Combien de temps pensez-vous pouvoir rester dans ce logement ?
1 ☐ Moins de 1 mois
2 ☐ Entre 1 et 3 mois
3 ☐ Entre 3 et 6 mois
4 ☐ Plus de 6 mois
5 ☐ Je ne sais pas

6. Quelle a été votre principale source de revenu le mois dernier ?
1 ☐ Revenus d'emplois (y compris retraites/pensions)
2 ☐ Allocations chômage
3 ☐ RSA
4 ☐ Allocation adulte handicapé
5 ☐ Autres prestations sociales (ex : CAF)
6 ☐ Ressources provenant d'un tiers
7 ☐ Autres ressources (y compris illégales ou non officielles)
8 ☐ Sans revenu (y compris mendicité)

7. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous changé de ville d'habitation ?
I____I

Votre santé

8. Comment jugez-vous votre état de santé en général ?
1 ☐ Très bon
2 ☐ Bon
3 ☐ Mauvais
4 ☐ Très mauvais
5 ☐ Je ne sais pas

9. Avez-vous vu un médecin au cours des 12 derniers mois ?
1 ☐ Oui
2 ☐ Non
3 ☐ Je ne sais pas

10. Pour vous soigner vous êtes couvert par :
1 ☐ La sécurité sociale
2 ☐ L'AME
3 ☐ Non couvert
4 ☐ Je ne sais pas

a. La CMU	1 ☐ Oui	2 ☐ Non
b. Une ALD	1 ☐ Oui	2 ☐ Non
c. La CMUc	1 ☐ Oui	2 ☐ Non
d. Une autre mutuelle	1 ☐ Oui	2 ☐ Non

11. Actuellement, suivez-vous un traitement de substitution aux opiacés dans le cadre d'un suivi médical ?
1 ☐ Non
2 ☐ Oui, méthadone (flacon ou gélule)
3 ☐ Oui, BHD (Subutex®, buprénorphine générique)
4 ☐ Oui, Suboxone®
5 ☐ Oui, sulfate de morphine (ex. : Skenan®)
6 ☐ Autre, précisez _____

a. Si oui, par qui la dernière prescription a-t-elle été réalisée ?
1 ☐ Par un généraliste (de ville)
2 ☐ En CSAPA
3 ☐ A l'hôpital
4 ☐ Par un spécialiste (de ville)
5 ☐ Je ne sais pas

12. Avez-vous déjà utilisé la voie intraveineuse (l'injection) même une seule fois dans votre vie ?
1 ☐ Oui, au cours des 30 derniers jours
2 ☐ Oui, dans le passé mais pas dans les 30 derniers jours
3 ☐ Jamais
4 ☐ Je ne sais pas

a. Si oui, quel âge aviez-vous lors de la première injection ? I__II__I
b. Quel a été le premier produit que vous avez injecté ?
_____

Si vous avez utilisé l'injection au cours des 30 derniers jours (réponse 1), au cours de cette même période,

13. À quelle fréquence avez-vous injecté un produit ?
1 ☐ Tous les jours ou presque
2 ☐ De 1 à 5 jours par semaine
3 ☐ Moins d'une fois par semaine

14. Avez-vous partagé du matériel (prêt, emprunt ou usage en commun) ?

a. La seringue ?	1 ☐ Oui	2 ☐ Non
b. De l'eau de préparation ?	1 ☐ Oui	2 ☐ Non
c. De l'eau de rinçage	1 ☐ Oui	2 ☐ Non
d. Des cuillères (récipients) ?	1 ☐ Oui	2 ☐ Non
e. Des cotons/filtres	1 ☐ Oui	2 ☐ Non

15. Avez-vous été aidé pour faire une injection (hors professionnel) **?**
1 ☐ Oui 2 ☐ Non

16. Avez-vous réutilisé votre propre seringue ?
1 ☐ Oui 2 ☐ Non

17. Le dernier jour où vous avez utilisé l'injection (ne pas prendre aujourd'hui), combien de fois avez-vous injecté ?
I___II___I

18. Avez-vous fumé un produit avec un doseur ou une pipe à crack au cours des 30 derniers jours
1 ☐ Oui
2 ☐ Non

a. Si oui, avez-vous partagé la pipe avec une autre personne ?
1 ☐ Oui
2 ☐ Non

19. Avez-vous déjà fait un test de dépistage (TROD compris) pour le virus du sida ? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

a. Si oui, quel était le résultat du dernier test ?
1 ☐ Positif
2 ☐ Négatif
3 ☐ Je ne sais pas

Si positif
b. Avez-vous consulté un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection ? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non
c. Prenez-vous un traitement pour cette affection actuellement ? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Si négatif
d. De quand date le dernier test ? 1 ☐ Moins de 6 mois 2 ☐ 6 mois à 1 an 3 ☐ Plus d'1 an

20. Avez-vous déjà fait un test de dépistage (TROD compris) pour l'hépatite C ? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

a. Si oui, quel était le résultat du dernier test ?
1 ☐ Positif
2 ☐ Négatif
3 ☐ Je ne sais pas

Si positif
b. Avez-vous consulté un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection ? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non
c. Prenez-vous actuellement, ou avez-vous pris dans le passé, un traitement pour cette affection ? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non
d. Avez-vous guéri de cette affection? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Si négatif
e. De quand date le dernier test ? 1 ☐ Moins de 6 mois 2 ☐ 6 mois à 1 an 3 ☐ Plus d'1 an

Vos consommations

21. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu des boissons alcoolisées ?

Si l'usager a du mal à répondre proposez le dernier mois (rep 1 à 6)

1 ☐ Tous les jours
2 ☐ 4 fois par semaine ou plus
3 ☐ 2 ou 3 fois par semaine
4 ☐ 1 fois par semaine
5 ☐ 2 ou 3 fois par mois
6 ☐ 1 fois par mois ou moins souvent
7 ☐ Jamais

22. Quand vous consommez de l'alcool quelle quantité buvez-vous dans la journée ? Précisez pour chaque type d'alcool.

Si l'usager a du mal à répondre proposez « la dernière fois »

Nombre de canettes (bière 50 cl) a. I____I
et nombre de canettes (bière 33 cl) b. I____I
et nombre de bouteilles (vin) c. I____I
et nombre de verres standards* d. I____I
et autre, précisez : _____ e. I____I

** Un verre (comme servi dans un bar) = un « demi » ou 1 bouteille de bière ou de cidre (25 cl) = 1 verre de vin (12 cl) = 1 verre d'alcool fort (4 cl)*
*** Six verres = Une bouteille de vin = 3 canettes de 50 cl = 5 canettes de 33 cl*

23. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres ou plus de boissons alcoolisées au cours d'une même occasion ?**

1 ☐ Chaque jour ou presque
2 ☐ 1 fois par semaine
3 ☐ 1 fois par mois
4 ☐ Moins d'1 fois par mois
5 ☐ Jamais

Les produits que vous avez consommés au cours des 30 derniers jours

24. Cochez d'abord oui ou non pour les produits consommés au cours des 30 derniers jours, puis, en cas de « oui », remplissez les autres items

30 derniers jours	Cannabis	Cocaïne ou Free base	Crack	Héroïne	MDMA / Ecstasy	Amphétamine (speed)	Kétamine	LSD, acide	Plantes hallucinogènes(1)
1 ☐ Oui	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
2 ☐ Non	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
a. À quelle fréquence en avez-vous pris ?									
1 Moins d'1 fois par semaine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Une à plusieurs fois par semaine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Chaque jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Quel(s) mode(s) de prise avez-vous utilisé(s) ?									
Plusieurs réponses possibles — 1 Oral (avalé, bu)	❍		❍	❍	❍	❍			
2 Injection	❍	❍	❍	❍	❍	❍			
3 Sniff	❍		❍	❍	❍	❍			
4 Inhalé, fumé	❍	❍	❍	❍	❍	❍			

(1) Champignons, Datura, Salvia Divinorum, DMT/ayahuasca, etc.

25. Cochez d'abord oui ou non pour les médicaments consommés au cours des 30 derniers jours, puis, en cas de « oui », remplissez les autres items

30 derniers jours (Remplissez même pour les médicaments pris en traitement)	BHD (Subutex®)	Méthadone	Moscontin/ Skenan®	Autres médicaments opiacés (1)	« Benzo » (2)	Codéïne	Ritaline®	Artane®
1 ☐ Oui	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
2 ☐ Non	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
a. À quelle fréquence en avez-vous pris ?								
1 Moins d'1 fois par semaine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Une à plusieurs fois par semaine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Chaque jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Quel(s) mode(s) de prise avez-vous utilisé(s) ?								
Plusieurs réponses possibles — 1 Oral (avalé, bu)	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
2 Injection	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
3 Sniff	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
4 Inhalé, fumé	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
c. Pour quel(s) effet(s) l'avez-vous consommé ?								
1 Pour arrêter/diminuer ses consommations ou se soigner	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
2 « Pour se défoncer »	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
3 Pour gérer une descente	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
4 Pour gérer le manque en l'absence du produit préféré	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
5 Autre, précisez :	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
d. Comment avez-vous eu ce médicament ?								
1 Par prescription	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
2 Hors prescription	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍

(1) Tramadol, Fentanyl….. *(2) Valium®, Tranxène®, Rivotril®, Témesta®, Lexomil®, Xanax®, Stilnox®,...*

26. Au cours des 30 derniers jours, avez -vous consommé une (des) substance(s)
- vendue(s) comme RC ou sous un nom fantaisiste (Barium, synthacaïne, NRJ3…),
- ou présentée(s) comme une nouvelle drogue,
- ou comme imitant les effets d'une autre drogue ?

1 ☐ Oui
2 ☐ Non

a. Si oui, citez le dernier consommé _____

27. Avez-vous consommé au cours des 30 derniers jours d'autres drogues dont nous n'avons pas parlé ?

1 ☐ Oui
2 ☐ Non

a. Si oui, la/lesquelle(s) ? _____

28. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes vous rendu dans un CSAPA ? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

(Citez à l'usager les noms des structures proches)

a. Si oui, combien de fois ?

1 ☐ Moins de 3 fois
2 ☐ 3 à 10 fois
3 ☐ Plus de 10 fois

29. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois êtes vous venu dans un CAARUD ou avez-vous rencontré une personne de l'équipe (incluant cette rencontre) ?

1 ☐ 1 fois
2 ☐ 2 fois
3 ☐ 3 fois
4 ☐ Au moins 1 fois par semaine
5 ☐ Chaque jour ou presque

a. Était-ce le même CAARUD à chaque fois ? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non